

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1910

Vragen van het lid **Hijink** en **Van Gerven** (beiden SP) aan de Minister voor Medische Zorg over *het bericht dat Menzis ziekenhuizen financiert op basis van prestatiebekostiging* (ingezonden 6 april 2018).

Antwoord van Minister **Bruins** (Medische Zorg) (ontvangen 24 april 2018)

Vraag 1, 6 en 7

Wat vindt u ervan dat zorgverzekeraar Menzis met 10 ziekenhuizen afspraken heeft gemaakt over de financiering van dotterbehandelingen en bypassoperaties op basis van de uitkomst van operaties?¹

Deelt u de zorgen van de Stichting Hartpatiënten Nederland dat de prestatiebekostiging van Menzis een «regelrechte neerwaartse spiraal» zal zijn bij complexe ingrepen, omdat deze minder zullen worden uitgevoerd? Wat gaat u doen om dit te voorkomen?²

Deelt u de zorgen dat prestatiebekostiging de prikkel in zich heeft om te selecteren op patiënten en de deur te wijzen aan patiënten met complexe problematiek? Wat gaat u doen om dit te voorkomen?

Antwoord 1, 6 en 7

De contracten tussen de tien ziekenhuizen en Menzis beogen dat verbetering van uitkomsten en kwaliteit worden beloond in plaats van het aantal verrichtingen. De afspraken zijn hiervoor gekoppeld aan een model waarbij wordt geanalyseerd of de voor patiënten belangrijkste uitkomsten gunstiger, minder gunstig of gelijk zijn aan voorspelde uitkomsten op grond van patiëntkenmerken. Er wordt hierbij naar verschillende uitkomsten gekeken zoals overleving, complicaties, heroperaties en op termijn kwaliteit van leven. Deze informatie wordt nu al door de ziekenhuizen gebruikt om kwaliteit van zorg te bewaken en te bevorderen. De Nederlandse Hart Registratie (NHR) verzorgt hiervoor de analyses, waarbij rekening wordt gehouden met de zorgzwaarte van patiënten. Het hogere risico op een onbedoelde uitkomst bij een ziekere patiënt wordt in de berekeningen meegewogen, waardoor de kans op risicoselectie, zoals het weren van patiënten met een hoog risico, wordt verkleind.

Hartpatiënten Nederland heeft mij aangegeven dat na de nodige aanvullende informatie veel van hun zorgen zijn weggenomen en dat naar hun mening

¹ <https://nos.nl/artikel/2225495-vaker-operaties-overdoen-ziekenhuis-krijgt-minder-betaald.html>

² <https://www.telegraaf.nl/nieuws/1867361/hartpatienten-bezorgd-om-wurgcontracten>

diverse waarborgen zijn ingebouwd om risicoselectie te voorkomen³. Ook de Patiëntenfederatie Nederland en de Harteraad zijn positief over de afspraken die Menzis heeft gemaakt.⁴ Bovendien zijn naar mening van deze partijen voldoende waarborgen ingebouwd om risicoselectie te voorkomen en dit wordt ook gemonitord.

Ik ben, mede gelet op de reacties van patiëntenorganisaties, positief over de genoemde contracten. Het sluit aan bij mijn ambities om het belang van alle partijen in de zorg meer te richten op de uitkomst van zorg in plaats van omzet. Zie hierover ook mijn brief van 11 april 2018 aan uw Kamer⁵. Natuurlijk is het van belang dat de effecten van deze contracten gemonitord worden. Daarom maak ik met de NHR aanvullende afspraken over de wijze waarop zij mij periodiek kan informeren.

Vraag 2

Hoort prestatiebekostiging volgens u thuis in de zorg? Kunt u dit toelichten?

Antwoord 2

Sinds 2006 is een stapsgewijze omslag gemaakt van een stelsel waarin gestuurd werd op en door aanbod naar een stelsel van vraagsturing, om zo beter aan te sluiten bij de wensen en behoeften van patiënten. Prestatiebepaling is hier een belangrijk onderdeel van, zodat zorgaanbieders bekostigd worden voor de zorg die zij geleverd hebben. Zo worden zorgaanbieders gestimuleerd om keuzes te maken die het beste passen bij de wensen van hun patiënten.

Ik vind het hier genoemde initiatief van Menzis een voorbeeld van uitkomstbepaling. Daarbij wordt een deel van de opbrengst voor het ziekenhuis afhankelijk gemaakt van goede uitkomsten van de medische behandeling in termen van kwaliteit en kosten. Uitkomstbepaling sluit aan bij de ambities van de regering dat het leveren van doelmatige zorg van hoge kwaliteit aantrekkelijker moet zijn dan alleen het leveren van zoveel mogelijk zorg, die niet altijd even zinnig en zuinig is. Aan het bekostigen van uitkomsten kan op verschillende manieren invulling worden gegeven, namelijk door de bekostigingssystematiek te wijzigen of door hier binnen innovatieve contractering tussen aanbieders en zorgverzekeraars invulling aan te geven, zoals de hiervoor genoemde contracten van Menzis. Voor de medisch specialistische zorg is de NZa op dit moment bezig met een advies over de doorontwikkeling voor de lange termijn. De NZa levert het advies naar verwachting in de zomer op.

Vraag 3

Kunt u uitleggen waarom een arts, die de eed van Hippocrates heeft afgelegd, een financiële prikkel nodig heeft om het optimale te doen in het belang van de patiënt?

Antwoord 3

Ik ben ervan overtuigd dat individuele zorgaanbieders/artsen een intrinsieke motivatie hebben om het juiste te doen voor hun patiënt. Het perspectief dat ik zie is dat het stelsel en prikkels daarin bevorderen dat kwalitatief de beste zorg wordt gegeven in plaats van zo veel mogelijk zorg.

Vraag 4

Leidt prestatiebekostiging er niet juist toe dat geld en risicocalculatie centraal staan, in plaats van vertrouwen in de arts en goede zorg voor elke patiënt in elk ziekenhuis?

Antwoord 4

Juist het stimuleren van goede uitkomsten vind ik een betere stimulans dan betalen voor verrichtingen. Elk systeem heeft mogelijke prikkels in zich. Het is vooral van belang de risico's op onwenselijke prikkels in beeld te houden en die zo veel mogelijk te voorkomen. Zoals het voorbeeld van Menzis laat zien,

³ <https://www.hartpatienten.nl/nieuws/overleg-hartpati%C3%ABnten-nederland-met-nhr-over-contract-met-menzis>

⁴ <https://www.harteraad.nl/nieuws/harteraad-positief-uitkomstgebonden-financiering-cardiologische-behandeling/>

⁵ Kamerstuk 29 689, nr. 897

kan een dergelijk model rekening houden met meerdere uitkomst domeinen waardoor het ontstaan van specifieke, onwenselijke prikkels voorkomen worden. Zo worden zorgaanbieders gestimuleerd om keuzes te maken die het beste passen bij de wensen van hun patiënten.

Vraag 5

Erkent u dat er een fundamenteel wantrouwen jegens het presteren van de arts ten grondslag ligt aan prestatiebekostiging voor ziekenhuizen? Kunt u dit toelichten?

Antwoord 5

Nee, dat herken en erken ik niet, zie ook mijn antwoord op de vragen 2, 3 en 4.

Vraag 8

Deelt u de zorgen van dat prestatiebekostiging de samenwerking en het delen van innovaties tussen ziekenhuizen tegengaat? Wat gaat u doen om te voorkomen dat succesvolle werkwijzen niet worden gedeeld omdat dit ten koste kan gaan van het «concurrentievoordeel» van een ziekenhuis? Moeten artsen niet juist aangemoedigd worden om te willen leren van elkaars ervaring, kennis en kunde in plaats van dat concurrentie tussen hen wordt georganiseerd?

Antwoord 8

In het veld zie ik juist goede voorbeelden van samenwerking waarin ziekenhuizen gezamenlijk op trekken om de beste zorg voor de patiënt te kunnen leveren. Zij delen hun ervaringen en vergelijken onderling de resultaten, bijvoorbeeld in Santeon⁶ verband of mProve⁷. Zo kijken bij de Santeon ziekenhuizen professionals bij elkaar in de keuken om van elkaar te leren. Behandelingen en de resultaten worden systematisch vergeleken, waardoor de onderlinge variatie wordt teruggebracht en de kwaliteit in alle Santeon ziekenhuizen aantoonbaar beter wordt.

Vraag 9

Hoe gaan zorgverzekeraars de zorgzwaarte per patiënt precies vaststellen en vervatten in een computermodel om prestaties per ziekenhuis te kunnen vergelijken, zonder dat de patiënt hier de dupe van wordt?

Antwoord 9

Zoals het voorbeeld van de NHR laat zien, kan gecorrigeerd worden voor de zorgzwaarte van een patiënt en de verwachte uitkomsten. Zorgverzekeraars hebben daarbij een zorgplicht jegens hun verzekerden en moeten dus voorkomen dat er voor patiënten negatieve effecten ontstaan bij het gebruik van een bepaald model. Daarom wordt ook nauwgezet gemonitord op de uitkomsten van het model in kwestie.

Vraag 10

Wat is de haalbaarheid van prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg, gezien het feit dat het vergelijken van de kwaliteit van behandelingen in de ggz niet mogelijk gebleken is?⁸

Antwoord 10

In de huidige bekostiging van de medisch specialistische zorg – een vorm van prestatiebekostiging – is het al mogelijk om innovatieve afspraken (lees positieve prikkels als het gaat om gezondheidswinst of uitkomsten van zorg) tussen verzekeraars en aanbieder te maken en in de msz worden deze mogelijkheden ook al benut. Waar er belemmeringen zijn in wet- of regelgeving, zal ik bezien of en op welke wijze die weg te nemen zijn.

⁶ Ziekenhuisgroep van zeven STZ ziekenhuizen – Canisius Wilhelmina ziekenhuis, Catharina ziekenhuis, Maasstad ziekenhuis, Martini ziekenhuis, Medisch Spectrum Twente, OLVG en St. Antonius ziekenhuis.

⁷ Samenwerkingsverband tussen vijf STZ ziekenhuizen – Albert Schweitzer ziekenhuis, Isala klinieken, Jeroen Bosch ziekenhuis, Máxima Medisch Centrum en Rijnstate ziekenhuis.

⁸ <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2017/01/26/bekostiging-van-de-curatieve-geestelijke-gezondheid>

Uitkomstbepaling is geen doel op zich, maar ik wil msz-partijen zoveel mogelijk stimuleren om bij de financiering rekening te houden met uitkomsten. Hiervoor biedt de huidige bekostigingssystematiek ook al ruimte. In de medisch specialistische zorg zijn grote stappen gemaakt in de transparantie (mijn voorganger heeft u hierover geïnformeerd op 21 februari 2017⁹ en mijn brieven van 6 december 2017^{10, 11}) en ligt de nadruk op het inzichtelijk maken van uitkomsten van zorg. Het Zorginstituut heeft hierin een sturende rol.

Vraag 11

Is het überhaupt mogelijk de kwaliteit van een operatie te meten aan de hand van uitkomsten, aangezien mogelijke complicaties allerlei oorzaken kunnen hebben en niet per se een gevolg hoeven te zijn van het optreden van de arts?

Antwoord 11

Ja, dat is mogelijk. Zoals het voorbeeld van de NHR laat zien, kan gecorrigeerd worden voor de zorgwaarde van een patiënt en de verwachte uitkomsten – ook als deze niet het gevolg zijn van het handelen van de arts.

Vraag 12

Bent u ermee bekend dat een tweede ingreep bij hartoperaties volgens studies soms onvermijdelijk is? Hoe wordt hier rekening mee gehouden in de financiering?¹²

Antwoord 12

Uiteraard kan een tweede ingreep bij hartoperaties in sommige gevallen bijdragen aan de kwaliteit van zorg. Hierboven heb ik uitgelegd dat de afspraken tussen de tien ziekenhuizen en Menzis erop gericht zijn om betere uitkomsten voor patiënten te belonen. Een tweede ingreep die bijdraagt aan de kwaliteit van zorg wordt dan ook beloond.

Vraag 13

Wat levert het toepassen van prestatiebepaling op aan extra bureaucratie, gezien het feit dat het meten en vergelijken van kwaliteit extra indicatoren en afvinklijstjes op zal leveren?

Antwoord 13

In het programma dat ik in gang heb gezet om de transparantie over uitkomsten van zorg te vergroten bestaat nadrukkelijk aandacht voor de ervaren regeldruk¹³. Dat programma is niet geslaagd als het niet heeft bijgedragen aan een verlaging van de ervaren regeldruk.

Vraag 14

Staat volgens u ziekenhuizen op dit moment iets in de weg om te investeren in betere kwaliteit?

Antwoord 14

Nee.

⁹ Kamerstuk 31 765 en 32 620, nr. 263.

¹⁰ Kamerstuk 29 248, nr. 308

¹¹ Kamerstuk 31 765, nr. 289

¹² Revascularization in patients with stable coronary artery disease: Coronary artery bypass graft surgery versus percutaneous coronary intervention, Donald Cutlip, MD, Thomas Levin, MD, Julian M Aroesty, MD
https://www.uptodate.com/contents/search?search=revascularization-in-patients-with-stable-coronary-artery-disease-coronary-artery-bypass-graft-surgery-versus-percutaneous-coronary-interven&sp=0&searchType=PLAIN_TEXT&source=USER_INPUT&searchControl=TOP_PULLDOWN&searchOffset=1&autoComplete=false&language=&max=0&index=&autoCompleteTerm=

¹³ Kamerstuk 31 765, nr. 289